

Clinica chirurgicală nr. I, din Tg.-Mureș (cond.: prof. Z. Pápai,  
doctor în medicină)

**ASPECTE NOI, DISCUȚII VECHI, ÎN PROBLEMELE MEDICO-  
CHIRURGICALE ALE ULCERULUI GASTRO-DUODENAL\***

Z. Cszér

Se susține (59) că în țările industriale 10% din populație, mai devreme sau mai târziu, trece printr-o perioadă a bolii ulceroase și că la 1/4 din bolnavii care se prezintă la radiolog pentru suferințe gastrice se găsește ulcer. Această frecvență relativ mare a bolii ulceroase precum și problemele medico-chirurgicale deosebit de variate pe care le pune, suscită un interes mereu viu și alimentează o literatură de specialitate atât de bogată încât azi cu greu mai poate fi cuprinsă.

În cele ce urmează vom prezenta spicuri din problemele cele mai discutate ale acestei afecțiuni, extrase din literatura autohtonă și străină, din ultimii 5 ani.

*Patogeneza.* O serie de autori (82) afirmă că între ulcerul gastric și cel duodenal nu este nimic comun, sînt boli cu totul diferite etiopatogenice. În ulcerul duodenal crește puterea de digestie a secreției clorhidropeptice asupra mucoasei, iar în cel gastric e vorba de scăderea rezistenței mucoasei. În privința ulcerului latrogen, Vachon (81) susține că predinsolonul nu numai că poate provoca ulcer dar și malignizarea celui existent.

*Diagnosticul.* Rămîne și astăzi în primul rînd anamnetic și radiologic. *Commes* (26) arată că în cursul tratamentului medical numai examenul radiologic confirmă sau infirmă persistența ulcerului căci ameliorarea stării generale și dispariția simptomelor sînt cu totul înșelătoare. Totuși diagnosticul de laborator în ultimul timp cîștigă teren mai ales în alegerea tehnicii chirurgicale, în depistarea ulcerului fără semne clinice de malignitate, recunoașterea sindromului Zollinger-Ellison și a ulcerului peptic. Se folosește în mod curent determinarea secreției clorhidropeptice bazale și prin proba de histamină „supradozată” a lui Kay sau prin izomerul pirazolic al histaminei, histalogul, dejunul de probă „fără sondă”. Se face mai des studiul enzimelor (beta-glucuronidaza și lactat dehidrogenaza) cromoseopia cu roșu de Congo, endoradicosonda, gastroscopia asociată cu biopsia gastrică (82, 44).

*În tratamentul medical al bolii ulceroase* ultimii ani nu au adus noutăți esențiale. Mai mulți autori relatează despre eficiența unor preparate noi ca: Xilamidul CR—242 (21, 34, 1), Chlorbenzoxamina (84), preparatul F. I. 6222/N (6), Bojanovitz (8) a experimentat injecții de DOCA în doze de 125 mg. El arată că la 86 bolnavi cu 1, maximum 2 injecții a obținut în mod spectacular vindecarea ulcerului fără nici un alt tratament. Acești bolnavi controlați la 3—12 luni, în 77% a cazurilor nu au arătat recidive. Harrel (39) la un lot de 56 bolnavi a controlat rezultatele *refrigerației gastrice* și găsește că rezultatele trecătoare de maximum 6 luni, nu justifică acest tratament plin de atîtea riscuri și atît de greu acceptat de bolnavi.

*Indicațiile absolute și relative ale tratamentului chirurgical* nu s-au schimbat esențial în ultimii ani. Ceea ce s-a modificat însă în mod simțitor a fost indi-

\* Prezentată la U.S.S.M. Filiala Tg.-Mureș, Secția gastro-enterologie, la 25 apr. 1968

cația diferențiată a variatelor tehnici chirurgicale noi și vechi, potrivite fiecărui caz dat. Această orientare s-a impus pe baza analizei aprofundate a rezultatelor precoce și tardive ale rezecțiilor gastrice, care și în statisticile cu cele mai bune rezultate s-au soldat cu 10—12% eșecuri, creînd prin apariția diferitor sindroame postrezeccionale, adevărați infirmi (denutriție gravă, anemie, sindrom dumping, sindrom de ansă aferentă, ulcer peptic etc. (75. 49. 46).

În căutarea unei metode chirurgicale capabile să anihileze hipersecreția stomacului (principală cauză a ulcerului duodenal), fără un sacrificiu atât de mare organic, sau cu un sacrificiu mult mai redus, a fost reinviată vagotomia. Propusă prima dată de către *Saegesser* și *Jabulay* în 1901, în terapia ulcerului a fost aplicată de *Birscher* și *Sciassi* încă în anul 1911, apoi reabilitată de *Dragsted* după cel de al doilea război mondial.

*Argumentele aduse azi vagotomiei* au găsit o sistematizare mai bună atât în literatura străină (*Dragsted*, 19; *Edwards* 19 a) cit și a noastră (*Gherasim*, 30; *Stoica* 66; *Alexiu* 3; *Toader*, 5). Această argumentare se bazează pe constatarea că: 1. La bolnavii cu secreție gastrică hiperacidă de tip vagal, vagotomia poate reduce în mod simțitor, uneori total și durabil aciditatea gastrică (30, 31, 33). 2. Această reducere a secreției acide vindecă clinic și radiologic ulcerul, fără mutilarea produsă prin rezecții largi, fără complicațiile imediate, precoce și mai ales tardive ale acestora. 3. Vagotomia este aplicabilă și în acele situații în care rezecția este imposibilă sau prea riscantă, din motive de ordin general sau local. 4. Efectele nedorite ale vagotomiei privind funcțiunea altor viscere, au putut fi înlăturate în mare parte prin asigurarea drenajului gastric (piloroplastie, derivații gastro duodenale și gastro jejunale) ca și prin o vagotomie selectivă. 5) Rezultatele tardive ale vagotomiei și în special ale vagotomiei asociate cu rezecții limitate, în cazuri adecvate, sînt net superioare rezecțiilor largi și mai ales exclusiv-rezecțiilor.

Aceiași autori menționează totodată și contraargumentele, respectiv contraindicațiile vagotomiei: 1. Uneori vagotomia este irealizabilă din motive anatomice, anume dispoziția în rețea a nervului la nivelul esofagului terminal; 2. În 10% a cazurilor vagotomia este urmată de un „sindrom postvagotomic“ cu diaree, balonări postprandiale, piroze, dischinezie biliară, deficit ponderal, ca și tulburări bio-umorale (hipofuncție a pancreasului exocrin, hipoproteinemie, anemie hipocromă (75); 3. La toate acestea se adaugă și faptul că nici vagotomia nu e lipsită de recidive ulceroase in situ, nici de sindrom dumping (33).

Ceea ce se degajă din întreaga argumentare pro și contra vagotomiei este că nici o metodă nu este perfectă, nici o metodă nu poate fi aplicată rigid. În acest sens sintem complet de acord cu cei (75) care susțin că „fiecare bolnav ulceros are problemele lui. Chirurgul nu tratează aceleași stări patologice nici aceleași faze la toți bolnavii și nici chiar la același bolnav ulceros în desfășurarea evoluției“. De aici urmează că intervenția chirurgicală trebuie strict individualizată, ținînd cont de: felul și localizarea ulcerului, aspectul morfologic, tipul funcțional secretor, vîrsta bolnavului, vîrsta ulcerului, afecțiunile concomitente, starea generală a bolnavului și chiar de pregătirea, experiența și condițiile de muncă ale chirurgului. Astfel se va realiza în chirurgia ulcerului o „chirurgie selectivă“ care cu greu poate fi codificată. Se încearcă tot mai mult elaborarea unor directive care să ne ghideze în alegerea metodei (75). Astfel se propune:

— *vagotomie pură* unde, derivația stomacului a fost anterior făcută aciditatea gastrică persistă și rezecția, din motive tehnice, nu se poate face. *Toader* (75) face vagotomie selectivă bilaterală în ulcerul cardiac și selectivă anterioară cu totală posterioară în ulcerul duodenal, recidivat, cu hipersecreție accentuată de tip vagal;

— *vagotomie și drenaj gastric* în ulcerele caloză penetrante, cu risc de rezecție și anume: a) vagotomie cu piloroplastie cînd aceasta se poate face, și b) vagotomie cu gastro-jejunostomie cînd duodenul este cuprins într-un conglomerat inflamator;

— *vagotomie și rezecție gastrică* în toate ulcerile gastrice cu hipersecreție acidă de tip vagal dacă rezecția se poate face. După întindere, rezecția poate fi o antrectomie, hemigastrectomie sau rezecție 2/3 în dependență de întinderea mucoasei de tip antral;

— *rezecția pură*, își păstrează toate indicațiile în următoarele cazuri: când vagotomia nu se poate face sau a fost nesigură, în caz de anaciditate sau hipocaciditate, în caz de hipersecreție maximă de peste 120 mEq/l, leziuni antrale ireversibile, stenoză pilorică cu secreție normală, ulcerile caloase multiple penetrante, ulcerile asociate cu dischinezii, steatoree, suspiciune de neoformație malignă.

### Indicații speciale

1. În *sindromul Zollinger-Ellison* nici vagotomia, nici rezecția largă, chiar totală, nu rezolvă problema fără rezecția tumorii insulare. Dar și aceasta poate fi aberantă. Totuși azi se indică gastrectomie totală (20, 36) cu enuclearea tumorii pancreatice sau rezecție de coadă de pancreas, când tumoarea e localizată în această porțiune.

2. *Ulcerul perforat* pune și azi în discuție tactica chirurgicală de urmat. Disputa veche dintre rezecționiștii cu orice preț și dintre cei care suturează perforația din principiu, pare că se soldează în ultimii ani cu pierderea cauzei pentru ambele atitudini, extremiste.

Se susține că *sutura simplă* este grevată de o mortalitate mai mare decît rezecția [Turai 34,3% (79), Bárdosi 36,8% (5)] mai ales la virșnici și la cazuri întîrziate peste 24 ore] și că sutura nu vindecă ulcerul decît în maximum 30—50% a cazurilor (42,30) și este urmată de o morbiditate postoperatorie imediată, ridicată. Norberg (50) revizuiind 444 suturați, a găsit după un an 30%, după 3 ani 50%, după 5 ani 60% recidive.

*Rezecția largă* în caz de perforație s-a impus printr-o mortalitate mai redusă [Turai 2,3% (79), Gherasim 4,2% (30), Czenkár 2,3% (17)], prin o morbiditate postoperatorie mai mică. Cu toate acestea s-a constatat că această intervenție în ulcerele perforate în 20% a cazurilor este urmată de sechele importante (Turai, 79). Nobles afirmă că aceste sechele se înmulțesc cu trecerea anilor: 6% după 5 ani, 15% după 10 ani și 20% după 16 ani.

*Asocierea vagotomiei* la cele două tipuri de intervenție amintite a creat posibilitatea ca în tratamentul ulcerului perforat să putem asigura mai des obținerea dezideratului suprem: salvarea vieții bolnavului, reducerea morbidității postoperatorii și vindecarea ulcerului. Azi se propune adoptarea următoarelor tactici: 1. În ulcerile mici, recente, duodenale, mai ales la tineri: *sutură, vagotomie, piloroplastie*. 2. În ulcerile cronice duodenale, rezecabile fără risc: *antrectomie și vagotomie*. 3. În ulcerile cronice gastrice: *hemogastrectomie și vagotomie*. 4. În ulcerile mari, caloase, duodenale, unde infundarea duodenală se apreciază ca dificilă: *sutură, vagotomie, gastro-jejunostomie*. 5. În ulcerile mari, caloase, gastrice, suspecte de malignitate: *rezecție largă*. Cu această chirurgie selectivă în ulcerul perforat s-au obținut rezultate remarcabile Smithwich (64) cu vagotomie și antrectomie raportează o mortalitate de numai 1,5%, iar Harrington, pe 600 cazuri o mortalitate de 0,8% și rezultate îndepărtate bune în 98% a cazurilor (36).

*Problemele tehnice în rezecție* ocupă încă loc în literatura ultimilor ani. Discuțiile privesc unele detalii de tehnică, menite să reducă morbiditatea postoperatorie și să înlăture sechelele tardive. În acest sens cel mai important pas a fost reabilitarea, respectiv reintroducerea pe scară largă a gastro-duodenostomiei Péan-Billroth I. Avantajele acestei metode sînt bine cunoscute. Se mai poartă discuții doar asupra următoarelor detalii:

a) *Decolarea duodeno-pancreatică propusă încă de Kocher și menită să reducă tensiunea suturilor gurii de anastomoză*, trebuie după unii (Albot, Nathewson cit. de Szell, 71) evitată pe cît posibil căci poate produce tulburări funcționale cunoscute sub numele de „duodena pendulant”. *Mărimea rezecției și astfel și peri-*

colul suturii suturilor se poate reduce prin asocierea vagotomiei (Harrington, 36). Dacă nu se asociază vagotomia, lărgimea rezecției trebuie să fie de cel puțin 70% în ulcerul duodenal și 50% în ulcerul gastric.

b) *Stabilirea liniei de rezecție* are importanță nu numai pentru a realiza o gură de anastomoză cât mai orizontală (Mandache, 46), dar și pentru a elimina cât mai precis toate celulele de tip antral. Acest deziderat îl realizează Ruding-Hrds (citată de Széll) (71) rezecând 80% din mica curbură în așa fel că pornește de la 2 cm deasupra intrării arterei coronare și ajunge la marea curbură la punctul lui Goethen, adică la locul de întâlnire a celor două artere gastroepiploice. Alții ca Bergström și Broome, Osborn și Friedrich (citați de Stoica 66) ca și Stoica T. (66), pornind de la faptul că celulele de tip antral pot avea o întindere variată de la individ la individ, au căutat să stabilească linia de rezecție prin determinarea preoperatorie respectiv intraoperatorie a zonei acidogene, prin diferite substanțe chimice, hirtie de turnesol, indicatoare pH etc.

c) *Nefolosirea nici unei pense coprostatice sau cleme* în timpul anastomozelor are din ce în ce mai mulți adepți, deoarece astfel putem controla mai bine hemostaza, lumenul duodenului ca și cel al stomacului și să evităm traumatizările inutile ale țesuturilor.

d) *Ce secționăm întâi, duodenul sau stomacul?* Andreoiu ca și majoritatea chirurgilor începe cu duodenul, în lumenul căruia introduce provizoriu o meșă, apoi ridică stomacul, putând astfel ușor stabili linia de rezecție și ligatura vaselor coronare. Burlui (9) secționează întâi stomacul, lăsând partea mai dificilă, adică prepararea duodenului la urmă. Toți sînt de acord că bontul duodenal nu trebuie mult scheletizat pentru a nu-i periclita vascularizația.

e) *Aplicarea suturilor de hemostază a vaselor submucoase* este necesară mai ales cînd facem anastomoză într-un strat. Unii fac suturi de tip Eiselsberg, alții de tip Haberer, ambele cu bune rezultate. Socotim important ca aceste suturi să fie făcute cu ață foarte fină, cât mai rar, să nu perforeze mucoasa, să nu încrețească stratul sero-muscular.

f) *Lărgimea gurii de anastomoză* trebuie să fie de minimum 3 cm. Dacă bontul duodenal este mai strîmt, poate fi lărgit printr-o secțiune oblică sau incizie pe fața anterioară. Cînd nici aceste manevre nu sînt suficiente, trebuie să închidem bontul și să facem o anastomoză termino-laterală pe fața anterioară a duodenului (9). Pentru a nu strîmta bontul duodenal se indică ca gura lăsată pe bontul gastric, să întrecă pe cel duodenal cu 30—50% (71). Epiploonul nu trebuie reînsurat pe gura de anastomoză, căci se pot produce ulterior tracțiuni exercitate de greutate colonului sau retractațiuni.

După rezecția stomacului, cînd nu se poate realiza anastomoza gastro-duodenală trebuie să ne mulțumim cu o *anastomoză gastro-jejunală*. O condiție esențială pentru reușita acesteia este înfundarea precisă și sigură a bontului duodenal. Insuficiența bontului este după cum se știe cauza cea mai importantă a mortalității.

*Bont duodenal dificil* în statistica diferiților autori (68) există însă în 6—68%, a cazurilor. Frecvența deschiderii postoperatorie a bontului se citează între 3—5%, dar mortalitatea ajunge pînă la 50% (Turai, 77), Moore, Warren, Gulecke, citați de Szabó, 68). Cauzele cele mai frecvente ale insuficienței de bont sînt: stază în ansa aferentă, rigiditatea și friabilitatea bontului, ulcerile caloase penetrante, ulcerile gigante cu conglomerat inflamator în jur, bont scurt, retractat cicatriceal.

Ca un principiu general de conduită se afirmă că în toate situațiile cînd se prevede o înfundare deosebit de dificilă, nesigură, rezecția trebuie evitată. Acest lucru se poate face astăzi cu mai mare siguranță, sub protecția vagojomiilor duble, executînd o simplă derivație, fără pericolul ulcerelor peptice. Astfel se poate evita din ce în ce mai mult și excludio-rezecția prepilorică de necesitate. Totuși există o serie de situații în care prin forța împrejurărilor trebuie să executăm o rezecție

a ulcerului, ca în ulcere hemoragice și rezecțiile începute, unde nu avem altă soluție. În aceste situații ne putem folosi de unul din artificiiile legate de bont difcil (Pauchet, Nissen, Bstech, Uebermuth, Judin), rezecții sub ulcer (Gohrbrandt, Koch) sau epiplonoplastie intraduodenală preconizată de Chiricuță (13). Dacă sutura totuși nu s-a putut efectua fără tensiune și a rămas un dubiu asupra siguranței bontului, se recomandă drenajul depresiv al duodenului. Lee, Gendel, Abramson (cit. Szabó, 68) aplică această decomprimare în 3—10% a bonturilor dificile. Stricker realizează drenajul printr-o sondă subțire implantată în duoden după procedeul Witzel, înfășurată în epiplon, adus la perete și menținut 14—16 zile. Gingrich (32) prin acest procedeu nu a pierdut nici un bolnav, iar deschiderile de bont au fost reduse de la 3% la 0.7%.

O problemă și mai dificilă este rezolvarea ulcerelor duodenale jos situate, postbulbare, mai ales cele juxtapapilare. Ca un principiu de bază se admite o atitudine cât mai conservatoare. În caz de ulcer necompliat se indică vagotomie cu piloroplastie dacă secreția este de tip vaginal și excludio-rezecție dacă secreția este de tip gastric. În caz de complicații situația este și mai grea. În ulcerele peretelui anterior jos situate Butnaru (10) realizează excizia ulcerului, apoi sutura longitudinală a bontului și încolăcirea lui după Carp. În ulcerele hemoragice ale peretelui posterior trebuie încercată obstrucția fistulei vasculare prin sutură în X, la care se adaugă și ligatura arterei gastro-duodenale apoi vagotomie și piloroplastie (10). În ulcerele juxtapapilare Löblovits folosind procedeul lui Lahey, face în prealabil incanularea transduodenală a coledocului după Voelker, apoi rezolvă bontul gastric după Nissen-Bstech. Când acesta nu este posibil, și hemoragia nu poate fi stăpinită altfel, se impun intervenții de proporții mai mari: dezinsertie și reimplantare papilară. urmaș de rezecția retrogradă a ulcerului și diferite derivații biliopancreatico-digestive (Turai, 80; Bancu, 4).

Rezultatele tardive date de autori de peste hotare și din țară sînt apropiate și semnificative.

Széli (69) la 519 bolnavi operați după Péan-Billroth I cu o mortalitate de 0.57%, dă rezultate excelente și bune în 85%. Găsește rezultatele cele mai bune după 6—8 ani de la operație, mai bune la ulcerale gastrice decît duodenale, mai bune la bărbați decît la femei. De asemenea rezultatele sînt mai bune la cei operați după 2—5 ani de suferință și la cei cu vîrsta peste 30 ani. Mandache (48) din 819 bolnavi operați controlează tardiv 219. Rezecțiile gastrice după Reichel-Polya au dat 26% deficit ponderal, 14 cazuri de ulcere peptice, 6 sindroame dumping și 5 sindroame de ansă aferentă. Mortalitatea globală a fost de 4%. Nicolau, Porumbaru și colab. (58) din 211 ulceroși operați și 136 controlați găsește fără tulburări: 83% după Reichel-Polya, 89% după Hoffmeister-Finsterer și 91% după Péan-Billroth I. Toader și colab. (75) într-un studiu amănunțit bazat pe dispensarizarea strictă a 473 bolnavi ulceroși operați și reexaminați la interval de 1 lună, 5 luni, 1 an, și 5 ani, găsește rezultate bune după gastrectomie numai în proporție de 54—61%, iar după o chirurgie selectivă, strict individualizată, conform tipului secretor și modificărilor morfologice, 92—95% rezultate bune. Semnificativ este faptul că procentul rezultatelor excelente pe care le-a găsit după gastrectomie, după 5 ani au scăzut pe cînd la cei cu vagotomie asociată a crescut. Recidive ulceroase după gastrectomie s-au găsit în 1.9% a cazurilor, iar după vagotomie 0%. După vagotomie a obținut întotdeauna o creștere ponderală rapidă și menținerea integrală a capacității de muncă.

Complicații postoperatorie precoce și tardive Turai (77) pe 1762 bolnavi operați în clinica de urgență (din care Reichel-Polya 85.77% și Péan-Billroth I. 14.28%) dă global 9.4% complicații precoce și 3.6% decese. În fistule duodenale (1.5 % cu 50% mortalitate) propune ca metodă uneori eficace: gastrostomie, cu drenajul aspirativ al ansei aferente, urmat de drenajul cu tub dublu al fistulei duodenale și instalarea unei perfuzii lente de acid lactic 4.7% în soluție clorurosodică izotonică (18). De menționat încă necroza bontului gastric pe care Yovanovich (85) îl găsește

în 0,2% a cazurilor la bolnavii rezecați. Se arată că bontul stomacului după o rezecție largă de 70% rămâne irigată de artera eso-cardio-tuberozitară (ramură din coronară), vasele scurte gastro-splenice și artera frenică stângă. Legarea coronarei la originea, cum obișnuiesc unii, poate duce la necroză căci artera inferioară în 15% a cazurilor este insuficientă pentru irigarea bontului gastric, mai ales cînd intervin și factori adjuvanți de ischemizare, ca arterioscleroza, tromboze vasculare, hipotensiune prelungită etc.

#### *Cîteva observații asupra sechelelor tardive*

1. *Sindromul dumping*. În tratamentul acestui sindrom încă insuficient elucdat (45) se obțin rezultate prin tratament conservativ (45) administrînd *norcaină* în capsule în doze de 0,20 g împreună cu 0,30 g *metilceluloză* pentru o acțiune mai prelungită și tablete de *Carbutamid* în doze de 0,5 g, pentru întîrzierea absorbției hidraților de carbon în ansele jejunale.

2. În *sindromul de ansă aferentă* studiată atît de bine la noi de către *Dan Gerota* (28), *Gurevici* obține rezultate bune prin administrarea de *piramidon* (în sol. de 1 g la 200 ml în 24 ore), 0,3—0,5 g *anestezină* per os cu 20 picături sol. *adrenalină* 1‰, spălături gastrice. Ca tratament chirurgical se recomandă reconversiunea duodenală Saupoult-Bécaille sau anastomoză Braun la piciorul ansei aferente și cu mai puțin rezultat suspendarea ansei aferente. Unii autori (61) arată că o ansă aferentă scurtă este imposibil de realizat atunci cînd flexura duodeno-jejunală are o situație joasă. În acest caz se recomandă o anastomoză antecolică cu fistulă Braun.

3. *Ulcerul peptic* mai frecvent după ulcerile duodenale (62) are drept cauză principală persistența unei acidități ridicate (rezecție prea limitată, secreție vagală pronunțată). Deși mortalitatea sa operatorie este încă și astăzi ridicată (11,3% după *Riegler*, 60) reintervenția este indicată din cauza complicațiilor grave și frecvente (*Feszler*, 23). Intervenția constă în vagotomie și rezecție.

4. *Ulcerul recidivat* („ulcer marginal” sau ulcer pe bont) pune adesea problema reintervenției. Procentul de mortalitate a acestor reintervenții după *Jost* (citat de *Rónay*, 61) este de 14,3% la prima reintervenție și de 50% la o doua reintervenție. În toate cazurile înainte de operație trebuie să stabilim aciditatea restantă după prima rezecție. În caz pozitiv se indică vagotomia. În timpul operației trebuie cercetat și bontul duodenal căci și aici pot fi găsite ulcere nevindecate sau recidivate. Anastomozele gastro-jejunale pe ansă ROUX predispun la recidive. În caz de anastomoze duble sau multiple pe stomac, făcute anterior trebuie să le desființăm pe toate și să executăm una singură dar potrivită.

Sosit la redacție: 29 aprilie 1968.

#### *Bibliografie*

1. ABBONA G., GATTO P. L., BEZANTE G. C.: *Minerva Med.* (1967), 58, 36, 3691;
2. ALEXIU O., STAN A.: *Chirurgia* (1965), 11, 975;
3. ALEXIU O., STAN A., POFESCU AL.: *Chirurgia* (1967), XVI, 5, 415;
4. BANCU E., DEAC R., CRĂCIUN C.: *Rev. Med.* (1967), 1, 95;
5. BĂRDOSI Z.: *Orv. Hetil.* (1967), 1, 28;
6. BETTI M.: *Minerva Med.* (1967), 58, 2927;
7. BIDULESCU A., ȚIGĂNUȘ I., SĂVULESCU I.: *Chirurgia* (1965), XIV, 6, 509;
8. BOJONOVICZ Z., ZUBOWSKI A.: *Przegl. lek.* (1967), 23, 7, 547;
9. BURLUI D., CONSTANTINESCU C.: *Chirurgia* (1964), XIII, 4, 595;
10. BUTNARU M., CIOCAN M., KENDE ș.a.: *Chirurgia* (1966), XV, 7, 621;
11. CASCINE A., BORELLINI D., JEZZI B.: *Minerva Med.* (1967), 68, 86, 3699;
12. CĂPĂȚINĂ O.: *Chirurgia* (1967), XVI, 1, 77;
13. CHIRICUȚĂ I., POPESCU N., CĂRĂBĂȘ I.: *Chirurgia* (1963), XII, 1, 135;
14. COMMES M.: *Presse Med.* (1967), 75, 41, 113;
15. CONSTANTINESCU GH., TANE M.: *Chirurgia* (1963), XII, 2, 199;
16. CZENKÁR B.: *Magyar Seb.* (1966), 6, 385;
17. CZENKÁR B., TÓTH F., FÜLÖP L.: *Orv. Hetil.* (1967), 52, 2461;
18. DIMITRIU I., MĂNESCU I., CRISTEA C.: *Chirurgia*

(1965), XIV. 11, 1005 19. DRAGSTED L. R. Amer. J. Surg. (1960), 105, 293; 19. a. EDWARDS I. W.: Amer. J. Surg. (1965), 105, 322; 20. ELLISON E. H.: Amer. J. Surg. (1964), 106, 512; 21. FANTINO M., ROCCIA L.: Minerva Med. (1957), 58, 86, 3677; 22. FĂGARĂȘANU I., CHITLARU L., LEU A.: Chirurgia (1965), XIV. 11, 1019; 23. FESZLER GY.: Magyar Seb. (1964), 2, 71; 24. FIRICĂ TH., MUNTEANU N., COSTEA E.: Chirurgia (1963), XII. 4, 491; 25. FIRICĂ TH., RĂDULESCU M.: Chirurgia (1963), XII. 3, 401; 26. FUCHSIG P., DINSTL K., ZACHARL H.: Wien Klin. Wschr. (1967), 79, 41/42; 27. GEORGESCU B., NICULESCU H.: Chirurgia (1964), XIII. 1, 67; 28. GEROTA D., ENESCU N., NICULIN GH.: Chirurgia (1963), XII. 3, 413; 29. GEROTA D., POPOVICI A., POPA GH.: Chirurgia (1965), XIV. 11, 969; 30. GHERASIM M., BARBU GH.: Chirurgia (1967), XVI. 9, 769; 31. GHERASIM M., SAGHIN N.: Chirurgia (1967), XVI. 5, 441; 32. GINGRICH G. W. și colab.: Amer. Surg. (1963), 29, 803; 33. GHERASIM M., SAGHIN N.: Chirurgia (1966), XV. 7, 577; 34. GIORDANO G., COMI L.: Minerva Med. (1967), 58, 86, 3688; 35. GOBBI F.: Minerva med. (1967), 58, 86, 3685; 36. HARRINGTON I. L.: Surgery Gynecology Obst. (1966), 123, 6, 1309; 37. HARRINGTON I. L.: Surgery (1965), 58, 442; 38. HANGOS GY., BIRTALAN K., MÁTÉ K.: Orv. Hetil. (1965), 20, 927; 39. HARREL W. R., ROSE H.: J.A.M.A. (1967), 4, 290; 40. ILIAN N., CHIBU M., HERMAN GH.: Chirurgia (1965), XIV. 1, 45; 41. ILIESCU G., SCHMITZER G.: Chirurgia (1965), XIV. 6, 503; 42. LEVRAT M. și colab.: Arch. Med. Appar. dig. (1964), 53, 11, 1197; 43. LÖBLOVICS I., HANGOS GY., BRADSTEIN L.: Magyar Seb. (1965), 1, 30; 44. LUZSA GY.: Orv. Hetil. (1966), 31, 1453; 45. MAGYAR K., KOVÁCS P., RÉTHELYI J.: Orv. Hetil. (1966), 30, 1423; 46. MANDACHE FL., PRODESCU N., TEODORESCU M.: Chirurgia (1964), XIII. 4, 515; 47. MANDACHE FL., TEODORESCU M.: Chirurgia (1963), XII. 4, 567; 48. MIRELLI E., FICHERA G.: Minerva Med. (1967), 58, 2967; 49. NICOLAU H., BERCU G., IVAN FL.: Chirurgia (1966), XV. 587; 50. NORBERG P. B.: Zbl. Chir. (1960), 85, 124; 51. ONACA N., COMȘA FR., ENCIU J.: Chirurgia (1965), 11, 1013; 52. ONACA N., COMȘA FR., IENCIU I.: Chirurgia (1967), XVI. 12, 1119; 53. PAPAHAĞI P., DAȘCHIEVICI S., PAPAHAĞI M.: Chirurgia (1967), XVI. 5, 429; 54. PĂPAI Z., BANCU E.: Chirurgia (1963), XII. 1, 61; 55. POPA GH., MUNTEANU I.: Chirurgia (1966), XV. 9, 789; 56. POPESCU I., BELLU R., BOTESCU N.: Chirurgia (1965), XIV. 11, 1033; 57. POPESCU M., MĂNESCU N., BUȘU I.: Chirurgia (1963), XII. 2, 231; 58. PORUMBARU E., NICOLAU H.: Chirurgia (1964), XII. 2, 275; 59. REINHOLD H., SCHMIDT W.: Dtsch. Gesundheitswesen (1967) 43, 9, 94; 60. RIEGLER W., WEDDEL J.: Zbl. Chir. (1967), 92, 2367; 61. RÓNAY P., KLINKÓ D., EGRY GY.: Orv. Hetil. (1967), 30, 1403; 62. SCHUMANN M.: Dtsch. Gesundheitswesen (1967), 22, 38, 1793; 63. SETLACEC D., POPOVICI A., LAKY D.: Chirurgia (1967), XVI. 11, 983; 64. SMITHWICH R. H.: Amer. J. Surg. (1963), 105, 3, 375; 65. SOMOGYI I.: Egészségügyi Felv. (1967), 2, 89; 66. STOICA T., AVRAMESCU S., CABA E.: Chirurgia (1967), XVI. 5, 423; 67. STRĂJESCU E., GANEA Z., BERCIU G.: Chirurgia (1967), XVI. 11, 1015; 68. SZABÓ L.: Magyar Seb. (1967), 20, 43; 69. SZÉLL K.: Orv. Hetil. (1965), 41, 1926; 70. SZÉLL K.: Orv. Hetil. (1967), 1, 23; 71. SZÉLL K.: Magyar Seb. (1966), 353; 72. SZENTPÉTERY B., BRANDSTEIN L.: Magyar Seb. (1966), 6, 380; 73. SIPOS TR., APOSTOL P.: Chirurgia (1964), XIII. 5, 763; 74. ȘUTEU I., ION GH., CONSTANTINESCU V.: Chirurgia (1967), XVI. 1, 71; 75. TOADER C., STERN GH.: Chirurgia (1966), XV. 7, 637 76. TONITZA P., TĂNASE V., BURDESCU C.: Chirurgia (1966), XV. 7, 597; 77. ȚURAI I., CERCHEZ E., DIMITRIU M.: Chirurgia (1965), XIV. 7, 593; 78. ȚURAI I., CIUREL M., DAȘCHIEVICI S.: Chirurgia (1964), 1, 45; 79. ȚURAI I., PAPAHAĞI P.: Chirurgia (1968), XVII. 1, 29; 80. ȚURAI I., PETRESCU C.: Chirurgia (1966), XV. 7, 613; 81. VACHON A., TETE R.: Rev. Lyon Méd. (1967), 16, 431; 82. VARRÓ V.: Orv. Hetil. (1966), 58, 2257; 83. VLĂDESCU V., BUCHERU D.: Chirurgia (1963), XII. 4, 497; 84. WALTER F.: Med. Welt. (Stuttg.), 52, 67, 3204; 85. YOVANOVITSH B. Y.: Amer. J. Surg. (1960), 14, 5—6, 261.